

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM BIỂU HIỆN HER2 Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

TRỊNH HỒNG SƠN, NGUYỄN THÀNH KHIÊM,
PHẠM KIM BÌNH, HỒ ĐỨC THƯỜNG

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là một trong 4 loại ung thư thường gặp nhất trên thế giới với khoảng 1 triệu ca mắc mới mỗi năm. Tỷ lệ tử vong do UTDD cao thứ 2 sau ung thư phổi [1]. Thời gian sống của bệnh nhân UTDD giai đoạn tiến triển được điều trị bằng hóa chất là rất thấp và rất cần có một liệu pháp mới. HER2 là một dấu ấn phân tử thuộc họ thụ thể của yếu tố phát triển biểu mô (EGFR- Epidermal Growth Factor Receptor) bước đầu cho thấy có vai trò tiên lượng và giúp cho lựa chọn BN phù hợp cho điều trị đích [2]. Đặc điểm bộc lộ của dấu ấn này và các ứng dụng của nó đã được thế giới nghiên cứu trong nhiều năm qua. Tại Việt Nam vấn đề này mới chỉ được cập nhật trong thời gian gần đây. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: đánh giá mức độ biểu hiện Her2 và một số yếu tố có liên quan ở bệnh nhân ung thư dạ dày được phẫu thuật tại bệnh viện Việt Đức.

ĐỐI TƯỢNG PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân (BN) UTDD được mổ tại bệnh viện Việt Đức có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô (UTBM) và được làm xét nghiệm Her-2 trong thời gian từ tháng 3/2012 đến tháng 6/2013

Tiêu chuẩn lựa chọn: BN có đầy đủ kết quả giải phẫu bệnh: nhận xét đại thể (kích thước u, vị trí u, dạng tổn thương loét, sùi hoặc thâm nhiễm), kết quả nhuộm (Hematoxinilin – Eosin) HE thường quy và phân loại mô bệnh học.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN có xét nghiệm Her-2 nhưng không đủ các thông tin trên hoặc không phải UTBM.

2. Phương pháp nghiên cứu: Tiền cứu mô tả cắt ngang

3. Quy trình xét nghiệm giải phẫu bệnh phẩm dạ dày, hạch

Bệnh phẩm sau khi lấy ra khỏi cơ thể được gửi xuống khoa giải phẫu bệnh, tuy nhiên do chưa có quy định chặt chẽ nên thời gian cố định chưa được thống nhất. Chúng tôi cố định bệnh phẩm vào các thời điểm: gửi tức thì ngay trong mổ, trước 30 phút sau mổ, 8 giờ sáng và 15 giờ chiều hàng ngày. Dung dịch cố định là formon đậm trung tính 10%.

Bệnh phẩm được phẫu tích, pha, chuyển, đúc, cắt mỏng rồi gắn lên lam kính. Nhuộm theo hai phương pháp HE và hóa mô miễn dịch (HMMD).

Các bệnh phẩm được nhuộm HE thường quy, đọc dưới kính hiển vi quang học, phân loại mô bệnh học theo các tiêu chí dưới đây:

- Phân loại theo tổ chức y tế thế giới: UTBM tuyến nhú, UTBM tuyến ống, UTBM tuyến nhầy, UTBM tế

bào nhẵn, UTBM tuyến- vảy, UTBM vảy, UTBM tế bào nhỏ, UTBM không biệt hoá

- Phân loại theo Lauren bao gồm: loại ruột, loại lan tỏa và loại hỗn hợp

- Phân loại mức độ biệt hóa dựa vào tỷ lệ khối u chứa các ống tuyến: UTBM biệt hóa cao (>95% khối u chứa các tuyến), UTBM biệt hóa vừa (50-95% khối u chứa các tuyến), UTBM kém biệt hóa (5-49%) khối u chứa các tuyến, không biệt hóa <5% khối u có chứa các tuyến.

4. Kỹ thuật nhuộm hóa mô miễn dịch

Đọc kỹ tiêu bản nhuộm HE thường quy, đánh giá tất cả các vùng, lựa chọn những vùng ung thư xâm nhập để nhuộm HMMD. Trong trường hợp UTDD có nhiều mức biệt hóa khác nhau, lựa chọn vùng biệt hóa cao, rõ cấu trúc tuyến để làm HMMD.

Từ tháng 3/2012 đến tháng 6 2012 nhuộm tay với kháng thể 1 Her2- neu của hãng Dako code A.0485, nồng độ pha loãng 1/200. Từ tháng 1/2013 đến tháng 6/2013 sử dụng bộ kit Herpestest của hãng Roch nhuộm máy BENCHMARK-XT/VETANA.

Đọc tiêu bản HMMD có đối chiếu với tiêu bản HE, đánh giá các mức độ bộc lộ HER2 theo tiêu chuẩn của nhà sản xuất với 4 mức độ từ 0 đến 3+:

0: hoàn toàn không bắt màu.

1+: không nhìn thấy hoặc nhuộm màng bào tương dưới 10% tế bào u.

2+: màng bào tương bắt màu từ yếu đến trung bình, thấy trên 10% tế bào u.

3+: màng bào tương bắt màu toàn bộ với cường độ mạnh thấy trên 10% tế bào u.

Kết quả 0 và 1+ là âm tính, 3+ là dương tính, 2+ là nghi ngờ.

5. Quản lý và phân tích số liệu

Quản lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 18.0, so sánh các tỷ lệ bằng phép kiểm định khi bình phương với mức ý nghĩa $p < 0,05$.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 03/2012 đến tháng tháng 6/2013 có 86 BN được phẫu thuật và làm xét nghiệm Her2, kết quả thu được như sau (bảng 1):

Bảng 1: Liên quan giữa biểu hiện Her2 và các yếu tố lâm sàng, giải phẫu bệnh

	Tổng	Her2 3+ Dương tính	Her2 2+ Nghi ngờ	Her2 1+ âm tính	Giá trị p
Tuổi					0.82
> 60	32	5(15,6%)	3(9,4%)	24 (75%)	
< 60	54	6 (11,1)	6 (11,1)	42(77,8)	
Giới					0.92
Nam	62	8 (12,9)	7(11,3)	47(75,8)	
Nữ	24	3 (12,5)	2(8,3)	19(79,2)	

Vi trí khối u Tâm vị Ngoài tâm vị	5 81	0 (0) 11 (13,6)	0 (0) 9(11,1)	5 (100) 61 (75,3)	0,45
Kích thước u > 5cm <5 cm	53 33	8(15,1) 3(9,1)	5(9,4) 4(12,1)	40 (75,5) 26 (78,8)	0,69
Loại mô bệnh học u Loại ruột Loại lan tỏa Loại hỗn hợp	26 54 6	6 (23,1) 5 (9,3) 0 (0)	4 (15,4) 4 (7,4) 1 (16,7)	16 (61,5) 45 (83,3) 5 (83,3)	0,21
Mức độ biệt hóa u Biệt hóa cao Biệt hóa vừa Biệt hóa kém	1 26 59	0 (0) 6 (23,1) 5 (8,5)	0 (0) 4 (15,4) 5 (8,5)	1(100) 16(61,5) 49 (83,0)	0,27
Giai đoạn pT pT1 pT2 pT3 pT4	2 4 31 49	0 (0) 0 (0) 4 (12,9) 7 (14,3)	0 (0) 1 (25) 3 (9,7) 5 (10,2)	2(100) 3 (75) 24 (77,4) 37 (75,5)	0,92
Giai đoạn pN pN0 pN1 pN2 pN3 pNx	20 36 17 5 8	1 (5) 5 (13,9) 2 (11,8) 1 (20) 2(25)	4 (20) 2 (5,6) 1 (5,9) 2 (40) 0 (0)	15 (75) 29 (80,5) 14 (82,3) 2 (40) 6(75)	0,20
Giai đoạn M M0 M1	62 24	8 (12,9) 3 (12,5)	9 (14,5) 0 (0)	45 (72,6) 21 (87,5)	0,14
Giai đoạn TNM I II III IV Tổng	5 12 34 35 86	0 (0) 1(8,3) 6 (17,6) 4 (11,4) 11 (12,8)	1 (25) 2 (16,7) 4 (11,8) 2 (5,7) 9 (10,5)	4 (75) 9 (75) 24 (70,6) 29 (82,9) 66 (76,7)	0,74

BÀN LUẬN

1. Nhận xét về quy trình nhuộm HMMD Her-2

Kết quả nhuộm Her-2 phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố như thời gian từ lúc lấy bệnh phẩm ra khỏi cơ thể đến lúc cố định, loại dung dịch cố định, thời gian cố định, loại bệnh phẩm (phẫu thuật hay sinh thiết), phương pháp nhuộm (nhuộm tay hay nhuộm máy),... Ngày 25 tháng 5 năm 2013 Hội giải phẫu bệnh – tế bào học Việt Nam đã tổ chức hội nghị về Her-2 và thống nhất quy trình nhuộm HMMD Her-2 trong UTDD như sau [11]:

- Chọn mẫu UTDD có thể xét nghiệm Her-2.
- Mô ung thư nguyên phát ở dạ dày: bệnh phẩm mổ hoặc sinh thiết.
- Mô ung thư dạ dày di căn hạch, di căn nơi khác...
- Cố định mẫu.

- Dung dịch cố định: formol đệm trung tính 10%.
- Thể tích cố định: gấp 10-20 lần thể tích mẫu mô.
- Thời gian bỏ mô vào dung dịch cố định: không quá 30 phút đối với bệnh phẩm mổ, 10 phút đối với bệnh phẩm sinh thiết qua nội soi.
- Nhiệt độ tốt nhất: 15-25 độ C.
- Thời gian cố định tối ưu: 6-8 giờ đối với mẫu sinh thiết, 8-48 giờ đối với bệnh phẩm mổ.
- Xử lý mô: bằng máy xử lý mô tự động, nhiệt độ paraffin tối đa 60 độ C.
- Vùi nền (Paraffin).
- Cần tránh kéo dài việc ngâm bệnh phẩm trong paraffin nóng vì kháng nguyên Her-2 có thể bị thoái hóa ở nhiệt độ cao.
- Vùi ngay trong paraffin mới.
- Bờ bệnh phẩm cách rìa khối nền 1-2mm.
- Mẫu được vùi nền có thể cất giữ lâu dài trước khi cắt lát.
- Cắt lát mỏng.
- Cắt ngay trước khi làm xét nghiệm Her-2.
- Độ dày lát cắt từ 3-5µm.
- Nền sử dụng lam Superfrost Plus để tránh bong.
- Để khô từ 12-24 giờ ở nhiệt độ phòng hoặc 30 phút – 1h ở 56-60 độ C.
- Tiêu bản chưa nhuộm cần lưu trữ ở 2-8 độ C.
- Quy trình nhuộm HMMD.
- Nền nhuộm Her-2 bằng máy nhuộm tự động, không nên nhuộm tay.
- Chọn máy nhuộm: Dako autostainer Plus Link, Ventana Benchmark, Ventana Benchmark ULTRA, Ventana Benchmark XT.
- Chọn kháng thể: Dako Link Hercep Test SK001, Neomarker MS-730-P, Ventana Confirm 790/800-2996(4B5), ...
- Bộc lộ kháng nguyên bằng nhiệt với các dung dịch như Ventana Benk CC1 (standar), Ventana Benk CC2 (mild).
- Sử dụng hệ thống phóng đại tín hiệu Dako HerCep Test Autor (SK001), Ventana View system (760-091) hoặc Ventana ultra View Kit (760-500).
- Vận hành máy theo quy trình của từng loại máy, sau khi hoàn tất quy trình nhuộm đọc kết quả dưới kính hiển vi quang học.
- Cách tính điểm:
 - Sử dụng bảng tính điểm của nhà sản xuất đã được hội giải phẫu bệnh- tế bào học Việt Nam lựa chọn [11]. Áp dụng đối với loại bệnh phẩm mổ và sinh thiết qua nội soi.
 - So sánh với các mẫu chứng dương (mô UTDD đã nhuộm dương tính 3+), chứng âm (mẫu mô không nhỏ kháng thể thứ nhất).
 - Không đánh giá: ở vùng rìa mẫu mô, vùng mô bị rách trong u, vùng mô nhuộm không đặc hiệu (trong bào tương, trong nhân), vùng mô không ung thư (đị sản ruột, vùng tế bào tái tạo gần ổ loét, tế bào biểu mô bình thường).
 - Chỉ chấm điểm các tế bào u nhuộm màng hoàn toàn ở mắt đáy và mắt bên
- Như vậy quy trình làm xét nghiệm Her-2 của

chúng tôi chưa được chuẩn hóa, hầu hết bệnh phẩm vẫn được cố định muộn hơn so với quy định. Điều này có thể ảnh hưởng đến kết quả. Để đạt được kết quả nhuộm tối ưu, ngoài các thành viên của khoa giải phẫu bệnh (bác sĩ, kỹ thuật viên) cần có nhiều thành viên khác phối hợp tham gia gồm: bác sĩ ung thư/phẫu thuật viên/bác sĩ nội soi, điều dưỡng, nhân viên phòng mổ/phòng nội soi.

2. Đánh giá mức độ biểu hiện Her2 và một số yếu tố có liên quan

Từ tháng 03/2013 đến tháng 6/2013 chúng tôi có 86 BN được làm xét nghiệm Her-2 được lựa chọn vào nghiên cứu. Tuổi nhỏ nhất là 29 tuổi lớn nhất là 83, tuổi trung bình là 55.5 ± 11.7 . Trong nghiên cứu này BN nam chiếm 72.1%, tỷ lệ nam/nữ 2.58. Tỷ lệ này tương tự với một số nghiên cứu trong nước và trong khu vực. Nghiên cứu của Nguyễn Viết Nho và cộng sự [3] tỷ lệ nam/nữ là 2.64. Một nghiên cứu với cỡ mẫu rất lớn của các tác giả Trung Quốc tỷ lệ này là 3.1 [4].

- Về tỷ lệ bộc lộ quá mức Her2 trong ung thư dạ dày

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ Her2 âm tính là 76.7%, nghi ngờ là 10.5% và dương tính là 12.8%, kết quả này tương tự với hầu hết các nghiên cứu gần đây. Nghiên cứu của Shan và cộng sự [4] trên 1463 BN, tỷ lệ Her-2 dương tính là 9.8%, nghi ngờ là 14.4%. Trong nghiên cứu ToGA tỷ lệ Her-2 dương tính (HMM2 3+ hoặc HMM2 2+/FISH dương tính) là 22.1% [2]. Một số nghiên cứu khác trong nước có tỷ lệ dương tính thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả của Nguyễn Văn Thành và cộng sự với 82 BN [5] tỷ lệ biểu hiện Her 3+, 2+, 1+ và 0 lần lượt là 7.3%, 3.7%, 17% và 72%; kết quả của Lê Viết Nho và cộng sự với 40 BN tỷ lệ Her 3+, 2+, 1+ và 0 lần lượt là 7.5%, 15%, 22.5% và 55% [3]. Tuy còn một số khác nhau giữa các tác giả nhưng hầu hết các kết quả đều cho thấy tỷ lệ Her 3+ và 2+ khoảng 20%.

- Liên quan giữa mức độ biểu hiện Her2 với tuổi, giới

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ Her-2 dương tính ở nhóm BN trên 60 tuổi (15.6%) cao hơn nhóm dưới 60 tuổi (11.1%), tuy nhiên sự khác nhau này không có ý nghĩa thống kê ($p=0.82$). Không có sự liên quan giữa biểu hiện Her-2 với giới tính đã được khẳng định trong rất nhiều nghiên cứu [6], [7]. Kết quả của Shan và cộng sự [4] cho thấy tỷ lệ dương tính ở nhóm BN trên 60 tuổi (11.7%) lớn hơn nhóm BN dưới 60 tuổi (8.1%) nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Lê Viết Nho [3] chia BN thành 2 nhóm tuổi, dưới 50 và trên 50 kết quả nghiên cứu cũng cho thấy sự biểu lộ Her2 không khác nhau giữa hai nhóm tuổi.

Biểu hiện Her-2 ở hai giới trong nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt ($p=0.92$). Các nghiên cứu khác cũng cho kết quả tương tự [3], [4], [6], [7].

- Liên quan mức độ biểu hiện Her2 với vị trí, kích thước và đại thể

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 5 trường hợp

u ở vị trí tâm vị và cả 5 trường hợp này đều có biểu hiện Her-2 âm tính. Đối với u ở dạ dày tỷ lệ Her-2 3+ và 2+ lần lượt là 13.6% và 11.1%. Nghiên cứu của Raziee và cộng sự với cỡ mẫu 100 cho thấy biểu hiện Her-2 không có sự khác biệt giữa các vị trí của khối u. Theo một số tác giả UTDD ở tâm vị có sự biểu lộ Her-2 cao hơn đáng kể so với các khối u ngoài tâm vị [9], [10]. Nghiên cứu của các tác giả Trung Quốc với cỡ mẫu lớn nhất cho tỷ lệ dương tính của Her-2 đối với khối u tâm vị là cao hơn có ý nghĩa so với khối u ngoài tâm vị ($p=0.003$). Kết quả của Xie và cộng sự [8] thống kê trên 218 BN cũng cho thấy tỷ lệ dương tính Her-2 khác biệt khi u ở 1/3 giữa, 1/3 dưới và khi u ở 1/3 trên dạ dày. Trong nước, nghiên cứu của Nguyễn Văn Thành [5] không đề cập tới liên quan giữa biểu hiện Her-2 với vị trí khối u. Nghiên cứu của Lê Văn Nho [3] cũng chia vị trí khối u làm 2 nhóm tâm vị và ngoài tâm vị tuy nhiên không có sự khác biệt của biểu hiện Her-2 trong 2 nhóm này. Khác biệt trong nghiên cứu của chúng tôi và của Lê Văn Nho có lẽ là do cỡ mẫu còn quá bé.

Không nhiều các nghiên cứu đề cập đến liên quan giữa biểu hiện Her-2 và kích thước khối u. Xie và cộng sự [8] so sánh kích thước khối u giữa hai nhóm Her-2 dương tính và âm tính, kết quả cho thấy kích thước u trung bình của nhóm âm tính là 4.9 của nhóm dương tính là 5.1, khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0.624$). Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy tỷ lệ Her-2 dương tính nhóm u lớn hơn 5cm cao hơn nhóm u nhỏ hơn 5 cm tuy nhiên khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

- Liên quan mức độ biểu hiện Her2 với loại mô bệnh học và mức độ biệt hóa u

Nhiều nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt về mức độ biểu hiện Her-2 ở các nhóm mô bệnh học khác nhau. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ Her-2 3+ ở loại ruột (theo phân loại của Lauren) là 23.1% cao hơn loại lan tỏa (9.3%); tỷ lệ dương tính ở loại biệt hóa vừa (23.1%) cao hơn ở loại biệt hóa kém (8.5%) tuy nhiên vì còn hạn chế trong cỡ mẫu nghiên cứu nên sự khác biệt này không có ý nghĩa ($p=0.21$). Các nghiên cứu trên thế giới với cỡ mẫu lớn đều cho thấy sự khác biệt rất rõ ràng. Kết quả nghiên cứu của Shan [4] cho thấy tỷ lệ Her-2 3+ ở loại ruột và loại biệt hóa vừa là 16.8% và 20.1% cao hơn rất nhiều so với loại lan tỏa và loại kém biệt hóa là 2.3% và 6.1 tương ứng ($p<0.0001$). Nghiên cứu của Raziee [7] cũng cho kết quả tương tự ($p=0.001$). Kết quả của tác giả trong nước Lê Viết Nho cho kết quả giống của chúng tôi, sự khác biệt về biểu hiện Her-2 giữa các nhóm không có ý nghĩa thống kê, nghiên cứu này cũng chỉ gồm 40 BN. Nguyên nhân của sự khác nhau về biểu lộ Her-2 giữa thể ruột và thể lan tỏa cần có sự nghiên cứu sâu hơn vì tỷ lệ biểu lộ Her-2 ở thể ruột cũng chỉ rất khiêm tốn như vậy đây không phải yếu tố duy nhất. Một điều có phần mâu thuẫn là tiên lượng thể ruột tốt hơn thể lan tỏa trong khi biểu lộ quá mức của Her-2 thường có tiên lượng xấu [6]

- Liên quan mức độ biểu hiện Her-2 với giai đoạn bệnh

Không có sự khác biệt về biểu hiện Her-2 ở các giai đoạn bệnh TNM khác nhau đã được chứng minh ở nhiều nghiên cứu. Kết quả của các tác giả cũng đều cho thấy không có sự khác nhau về biểu hiện Her-2 ở nhóm di căn xa và không có di căn xa; nhóm di căn hạch và không có di căn hạch; nhóm u đã ra thành mạc và chưa ra thành mạc [4], [6], [7], [8], [9]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương tự.

KẾT LUẬN

Tỷ lệ biểu hiện Her-2 3+, 2+, 1+ và 0 lần lượt là 12,8, 10,5 và 76,7%. Tuổi giới, kích thước u và giai đoạn bệnh là các yếu tố không liên quan đến biểu hiện của Her-2. Có nhiều yếu tố liên quan đến mức độ biểu hiện của Her-2 như thể mô bệnh học, mức độ biệt hóa của khối u tuy nhiên điều này chưa được làm rõ trong nghiên cứu của chúng tôi vì cỡ mẫu còn hạn chế. Cần tuân thủ chặt chẽ các bước trong quy trình nhuộm Her-2 để có kết quả chính xác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, et al. Global cancer statistics, 2002. CA Cancer J Clin. 2005; 55:74-108.
2. Bang YJ, Van Cutsem E, Feyereislova A, et al. Trial Investigators. Trastuzumab in combination with chemotherapy versus chemotherapy alone for treatment of HER2-positive advanced gastric or gastro-oesophageal junction cancer (ToGA): a phase 3, open-label, randomised controlled trial. Lancet. 2010; 376: 687-697.
3. Lê Việt Nho, Trần Văn Huy, Đặng Công Thuận, Tạ Văn Tờ. Nghiên cứu sự biểu lộ Her2 ở bệnh nhân ung thư dạ dày. Y học TP. Hồ Chí Minh, tập 15, phụ bản của số 2, 2011, trang 47-53.

4. Ling Shan, Jianming Ying, Ning Lu. HER2 expression and relevant clinicopathological features in gastric and gastroesophageal junction adenocarcinoma in a Chinese population. Diagnostic Pathology 2013, 8:76.

5. Nguyễn Văn Thành, Lâm Thanh Cẩm. Đặc điểm biểu hiện Her2 trên carcinôm tuyến dạ dày. Y học TP. Hồ Chí Minh, tập 15, phụ bản của số 2, 2011, trang 43-46.

6. Park DI, Yun JW, Park JH et al (2006). Her2/neu amplification is independent prognostic factor in gastric cancer. Dig Dis Sci 51: 1371-79.

7. Raziiee HR, Kermani A T, Ghaffarzagdegan K, Shakeri MT, Ghavamnasiri MR (2007) Her2/neu expression in resectable gastric cancer and its relationship with histopathologic subtype, grade and stage. Iranian Journal of basic medical sciences. 10(2):139-145

8. S.D. Xie, C.Y. Xu, J.g. Shen, Z.N. Jiang, J.Y. Shen, B. Wang. HER 2/neu protein expression in gastric cancer is associated with poor survival Molecular Medicine reports 2: 943-946, 2009

9. Gravalos C, Márquez A, Garcia- Carbonero et al (2007). Correlation between Her-2 overexpression/amplification and clinicopathological parameters in advanced gastric cancer patients: a prospective study. Gastrointestinal cancers symposium 130 (Abstr 89)

10. Tanner M, Hollmen M, Junttila TT et al (2005). Amplification of Her-2 in gastric carcinoma: association with topoisomerase II α gene amplification, intestinal type, poor prognosis and sensitivity to trastuzumab. Ann Oncol 16: 273-278.

11. Hội giải phẫu bệnh – Tế bào học Việt Nam. Hướng dẫn xét nghiệm Her2 trong ung thư vú và ung thư dạ dày (2013). Nhà xuất bản Y học.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU GÂY TÊ ĐÁM RỐI THẦN KINH CÁNH TAY DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM

NGUYỄN VIỆT QUANG

Khoa Gây mê Hồi sức A bệnh viện Trung ương Huế

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả bước đầu thực hiện gây tê đám rối thần kinh cánh tay dưới hướng dẫn của siêu âm.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Với 30 bệnh nhân phẫu thuật chi trên từ cánh tay đến bàn tay, không có chống chỉ định của gây tê đám rối thần kinh cánh tay, ASA I,II. Tuổi từ 16 đến 81 tại Bệnh viện Trung ương Huế từ 8/2011 đến 2/2012. Bệnh nhân được gây tê đám rối thần kinh đường liên cơ bậc thang dưới hướng dẫn của siêu âm. Mỗi bệnh nhân được tiêm 20 ml lidocain 1% và 150mcg adrenaline, sau đó đánh giá ức chế cảm giác và vận động theo thang điểm Hollmen, ghi nhận dấu dị cảm, thời gian chờ tác dụng ức chế cảm giác, vận động, thời gian ức chế cảm giác, vận động, tỉ lệ thành công và biến chứng xảy ra.

Kết quả: Thời gian chờ tác dụng ức chế cảm giác trung bình $5,30 \pm 1,53$ phút, thời gian chờ tác dụng ức chế vận động vận động trung bình là $17,76 \pm 3,58$ phút, thời gian ức chế cảm giác trung bình là $123,46 \pm 12,64$ phút, thời gian ức chế vận động trung bình là $152,33 \pm 15,41$ phút, tỉ lệ thành công: 96,70% tốt, 3,30% khá, không có trường hợp nào phải chuyển phương pháp vô cảm. Không có biến chứng đáng tiếc nào xảy ra, chỉ có một trường hợp vỡ bao thần kinh vì bơm áp lực quá mạnh.

Kết luận: Gây tê đám rối thần kinh đường cơ bậc thang dưới hướng dẫn của siêu âm tỉ lệ thành công cao chiếm 96,70% tốt, 3,30% khá. Tỉ lệ này cao hơn kỹ thuật kích thích thần kinh cơ, giảm thời gian chờ tác dụng ức chế cảm giác và vận động, tăng thời gian ức chế cảm giác và vận động, liều lượng thuốc tê cần dùng thấp.